



Psychoanalyse der Abhängigkeitserkrankung

**Der psychoanalytische Blick auf die fremden
Suchtkranken**

Martin Kurz

4. Caritas Studientage Graz, 23.-24.3. 2015

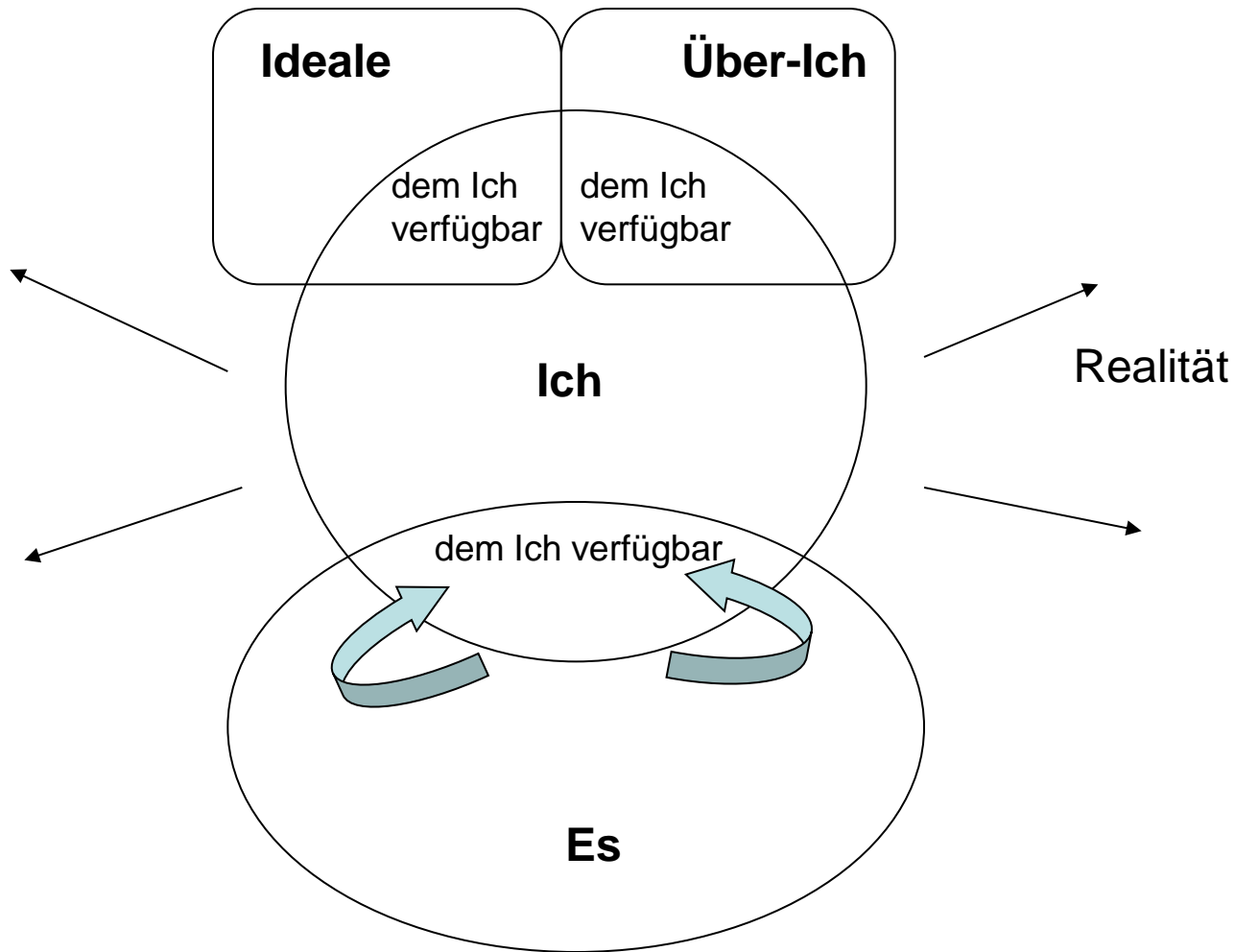
Inhalt

- Strukturmodell, Selbstwertregulation
- Pathologischer Substanzgebrauch als eigenständige Störung
- Funktion des Substanzgebrauchs
- Psychodynamisches Konzept nach Wurmser
- Dissoziation
- Diagnostisches Kriterium der Grundstörung
- Typologie nach Rost
- Beziehungsgeschichten
- Diagnostisch-therapeutische Implikationen
- Institutionelle Dynamik aus psychoanalytischer Sicht
- Lösungsansätze
- Phasenspezifische Interventionen



Strukturmodell

(aus: Kutter & Müller 2008)



Tiefenpsychologie

Pathologische Konfliktbewältigung

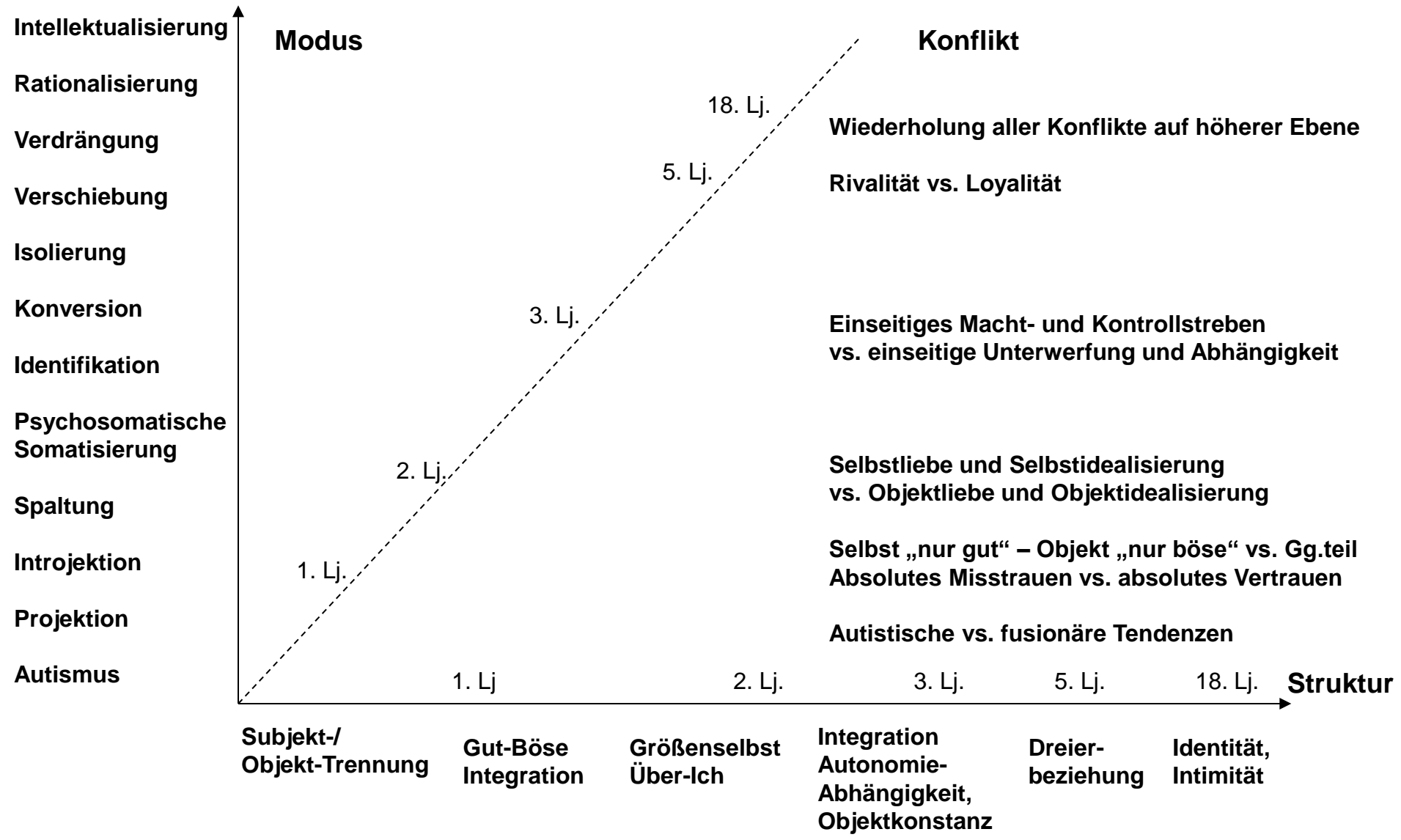
- Triebimpulse aus dem ES sehr stark und drängend und/oder
- Ü-ICH sehr grausam und streng und/oder
- ICH geschwächt

→ ***Ich-Regression:***

- Verlust / Schwächung von Ich-Funktionen
- Zurückgreifen auf infantile Bewältigungsmuster
- dysfunktionaler Einsatz von Abwehrmechanismen

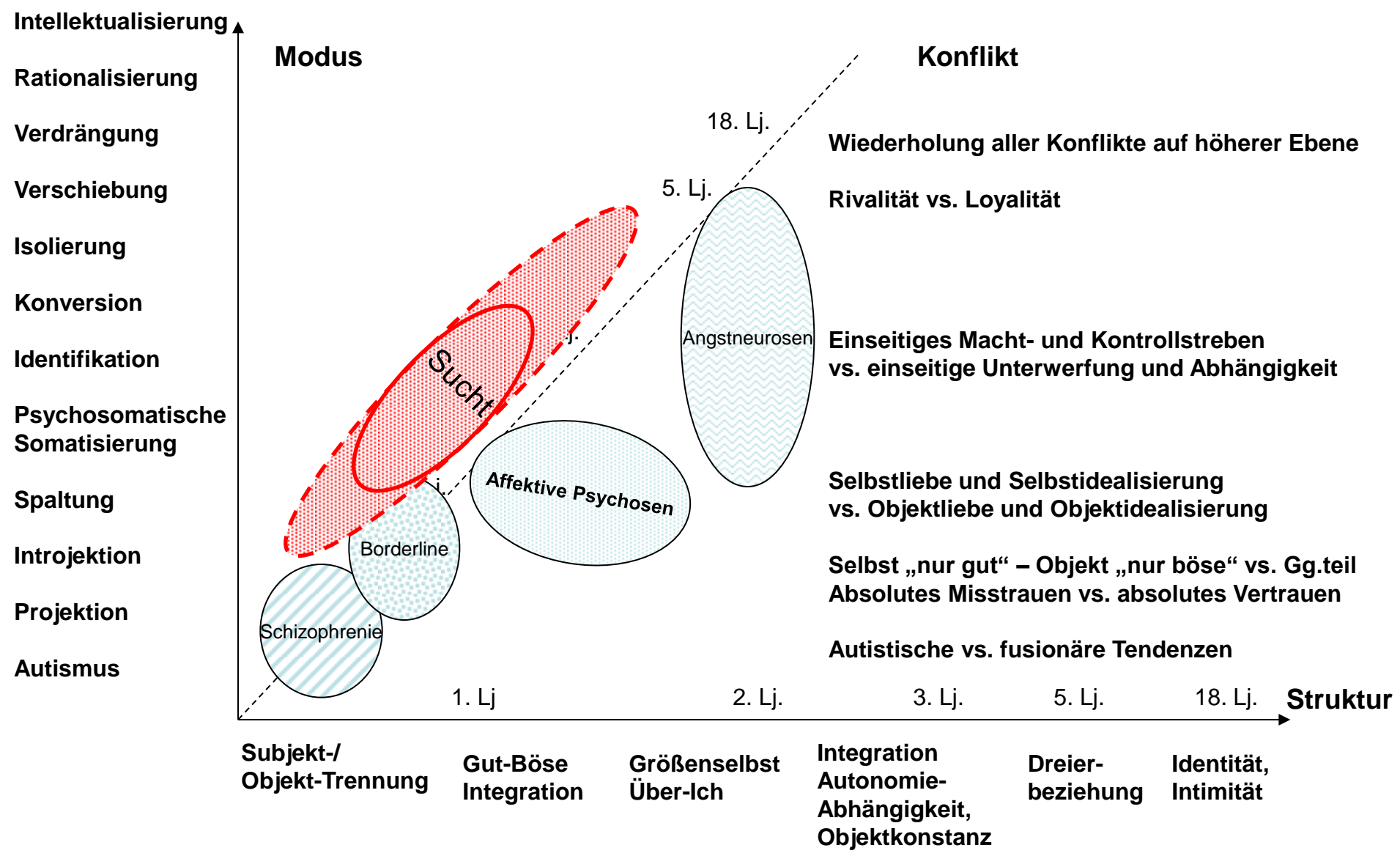
Entwicklungsaufgaben

(Dreidimensionales Modell nach Mentzos, 1993)



Einordnung klinischer Bilder

(Dreidimensionales Modell nach Mentzos, 1993)



Funktion des Substanzgebrauchs

Rausch:

- Einschränkung des ICH (Affekte, Wahrnehmung, etc.)
- Unterbrechung bzw. Modulation des psychodynamischen Circulus vitiosus (Konfliktspannung, Ich-Defizite, Selbstverlustgefahr, Hemmung, Nähe-Distanzproblematik)
- „Personalisierung der Droge als künstliches selbstbeherrschtes Bezugsobjekt (Projektion von „guten“ bzw. „bösen“ Selbstanteilen

Abhängigkeit:

- zusätzlich Stabilisierung durch zwanghafte Rituale und Beschäftigung

Substanzgebrauch als Bindungs-/ Beziehungersatz (nach Brisch)

Psychotrope Substanzen

- beruhigen das Bindungssystem wie durch Körperkontakt mit Bindungsperson
- bewirken Stress-Reduktion auf physiologischer Ebene
- schaffen Autonomie bei der Selbstberuhigung
- machen unabhängig von Bindungsperson oder
- dämpfen sozialen Stress
- ermöglichen Explorationsverhalten

Psychodynamische Modelle der Sucht

WURMSER (1987): Affekttheorie der Sucht

- Definition der Grundstörung:
Ich & Es gegen Über-Ich und äußere Realität (phobische Konstitution des Ich)
- Schwerpunkte der Abwehr:
Verleugnung(innere und äußere Realität), Wendung ins Gegenteil (passiv zu aktiv), Affektmobilisierung und Affektblockierung, Externalisierung von Konflikten
- Droge als Verstärkung der prämorbid pathologischen Abwehr zu Selbstschutz u. Selbsterhaltung
- Rückkehr des abgewehrten Über-Ich (Scham, Schuld) in der Suchtdynamik: Suche nach Beschützern, provozierte Bestrafung

Beziehungsgestaltung Abhängigkeitskranker

Abwehrende Externalisierung

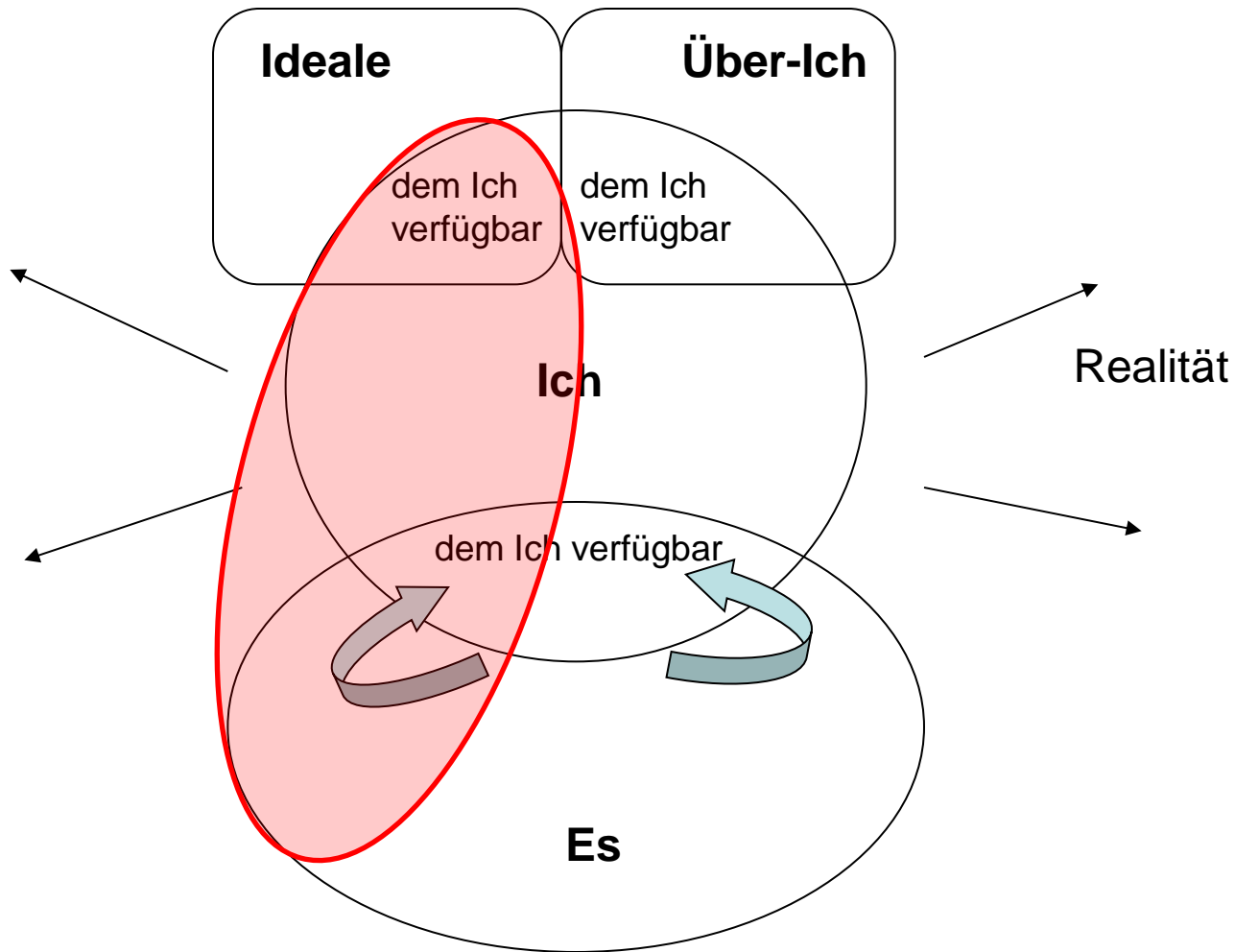
(WURMSER 1997)

- Einsatz einer magisch-mächtigen stimmungsverändernden, Selbstwertgefühl steigernden und affektdämpfenden Substanz oder Sache
- Einsetzung einer allmächtigen, alles gebenden Person in Form einer symbiotischen Bindung oder durch Kampf gegen einen als nur böse erlebten Feind
- Provokation von Vergeltungsmaßnahmen (Beschämung, Bestrafung, diffuse Angriffe)
- Direkte Gewalttaten, um symbolischen Selbstanteil zu zerstören und/oder Vergeltung zu provozieren



Strukturmodell

(aus: Kutter & Müller 2008)

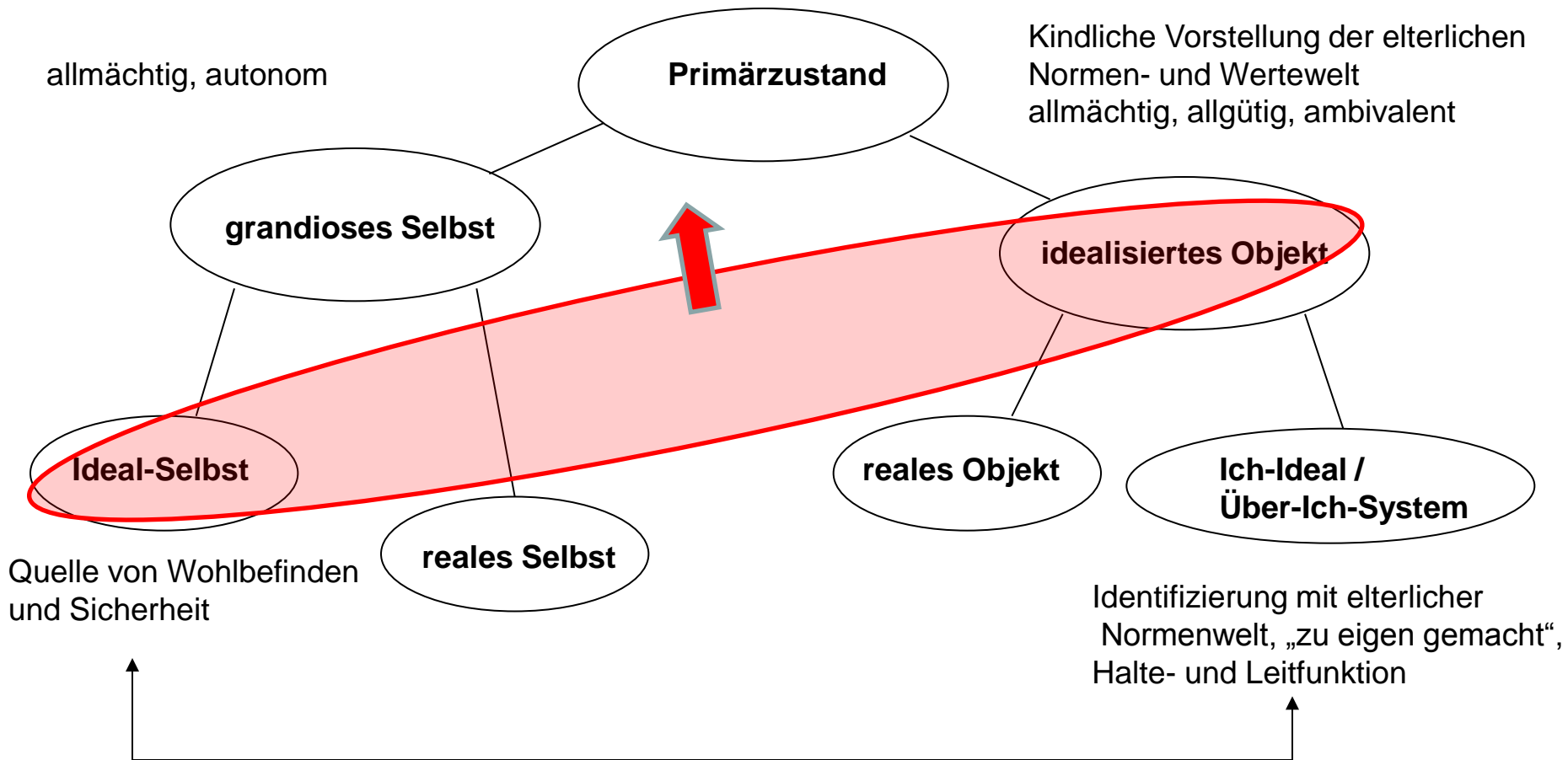


Selbstwertregulationssystem

aus: Kutter & Müller 2008

Narzisstisch

Objektal



Dissoziation

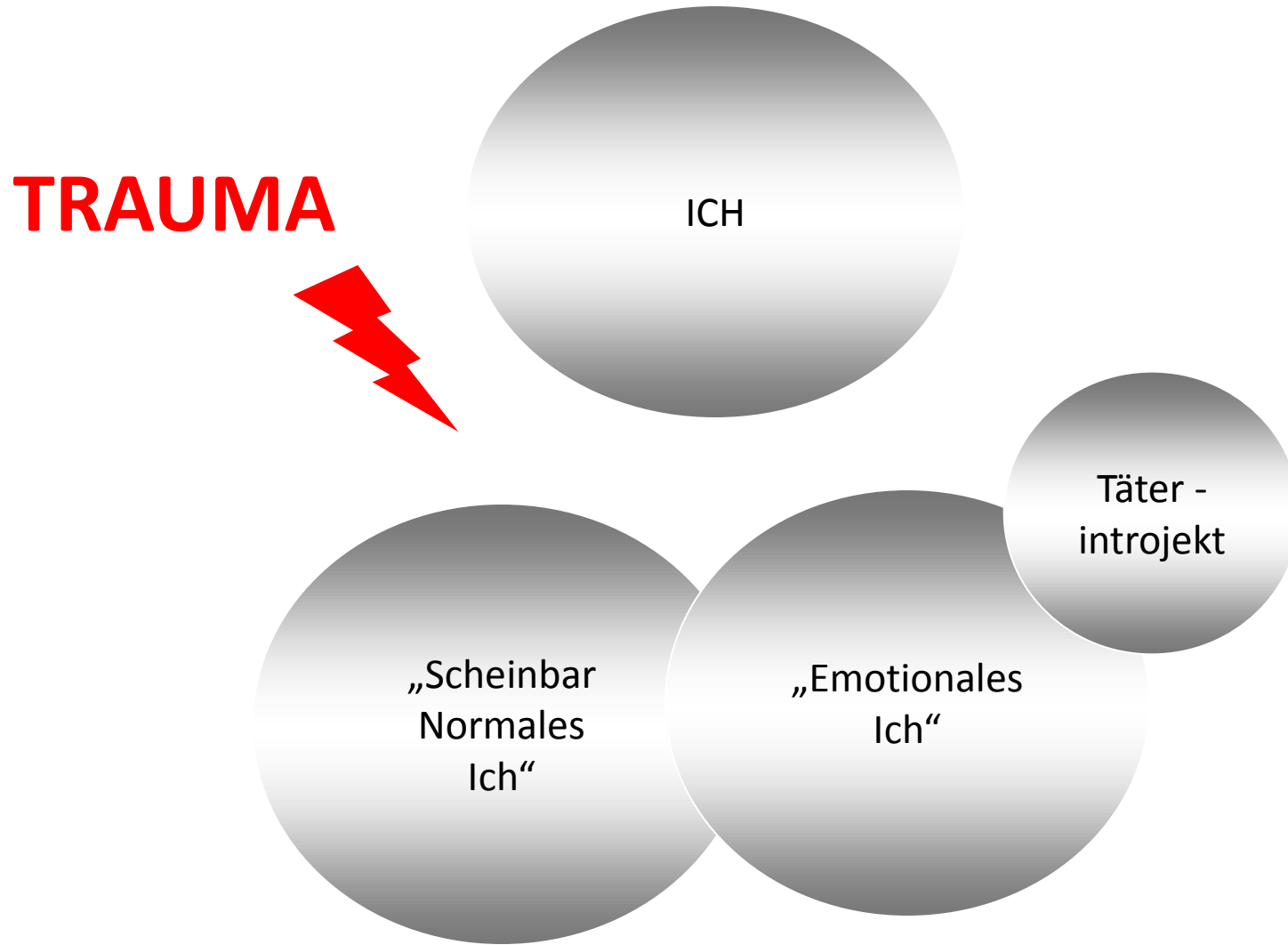
Janet 1907:

Abspaltung bestimmter Erlebnisanteile aus dem
Bewusstsein.

Heute:

Abspaltung von Anteilen des Denkens, Fühlens (Sensorium,
Affekte, Vegetativum) und Handelns in unterschiedlichen
Ausprägungen.

Posttraumatische Dissoziation



„Diagnostisches Kriterium der Grundstörung“ (Bilitza & Heigl-Evers 1993)

„Welche selbstzerstörerische Kraft die Sucht entwickeln kann, hängt davon ab, **auf welchem Entwicklungsniveau der Objektbeziehungen es zur Auflösung psychischer Strukturen infolge des Suchtmittelgebrauchs kommt.**

Die dabei **zu beobachtende Freisetzung von Aggressionen oder von Autodestruktivität verweist auf den Stand der Ich- und Über-Ich-Organisation.**

Verstehen wir Sucht als eine Psychopathologie – und nur als diese kann sie psychoanalytisch erfasst werden - wäre die **selbstzerstörerische Kraft jeder Psychopathologie mitzubedenken.**“

Typologie Alkoholkranker nach ROST (1987)

1. „Neurotischer“ Typus

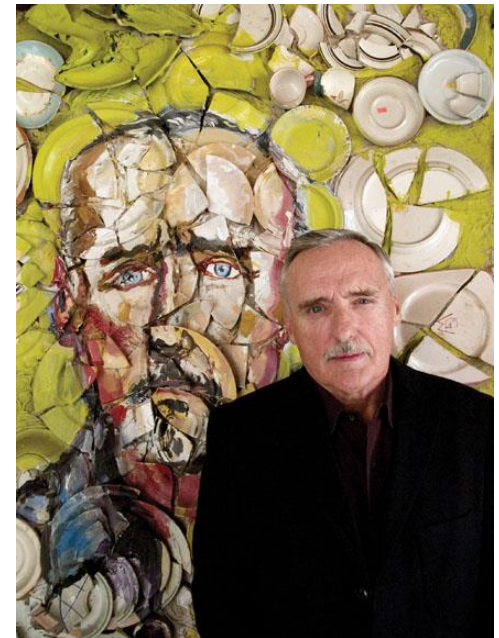
Hoher bewusster Leidensdruck, Schuld,
Problembewusstsein

2. Ich-Defizit – Typus

Gering differenzierter Leidensdruck, Neigung zu
Ersatzbildungen, Defizite im Umgang mit
Affekten, Spannungsintoleranz, Rigidität

3. Strukturell schwer gestörter Typus

Hohe Destruktivität, Beziehungsgestaltung über
Substanzkonsum, Agieren (bzgl.
Therapievereinbarungen), inkonstante
Beziehungen, unklare Therapieziele



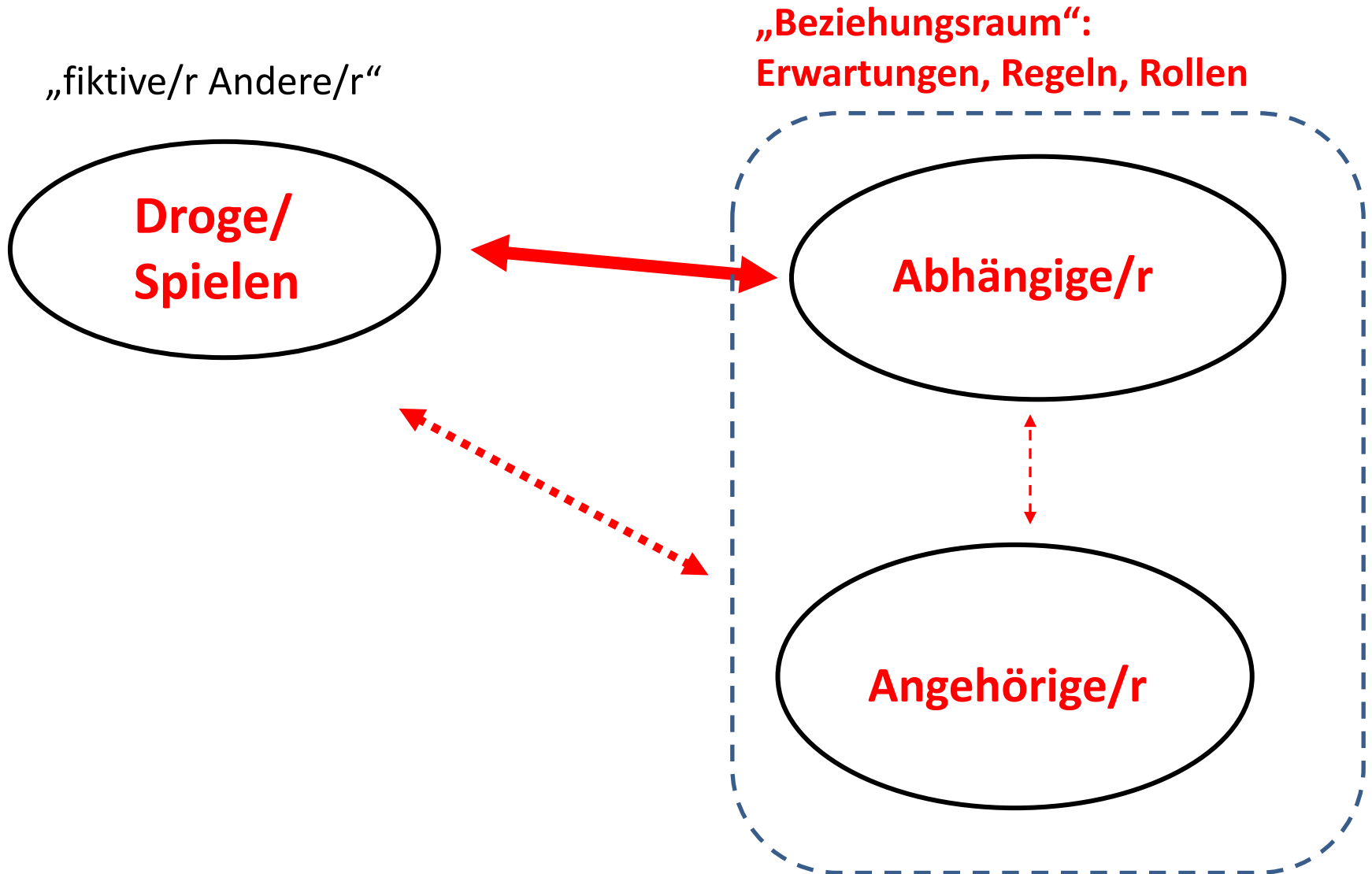
Beziehungsgeschichten – der Anfang



Häufige Belastungen für die Bezugspersonen

- **Existenzielle / finanzielle Bedrohung**
- **Schwere Beziehungsstörungen**
Erleben von Lügen, Unzuverlässigkeit und Manipulation
Misstrauen, Unverständnis
Gefühlsverlust
- **Persönliches psychisches Leiden**
Ohnmacht, Verunsicherung, Insuffizienzgefühle
Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Scham
Hypervigilanz, pathologischer Stress
Erschöpfung, Depression, Angst
Persönlichkeitsveränderungen, Entwicklungsstörungen
Gewalterfahrung, Vernachlässigung
- **Körperliche Erkrankung**

Beziehungsgeschichte



Verhalten in der Umgebung von Suchtkranken

- Vermeiden und Beschützen
- Versuche der Kontrolle
- **Übernahme von Verantwortung**
- Rationalisieren
- Kooperation und Kollaboration
- Retten und sich nützlich Machen

Risiken der Beziehungsverstrickung

- Emotionale und/oder soziale Abhängigkeit
- Sozialisation als „Helfer“, „Opfer“, „Diener“
- Idealistische Loyalitätsgebote
- Transgenerationale oder unprofessionelle Grenzüberschreitungen
- Unveränderbarer, sakrosankter Beziehungskontext
- Rigide institutionelle Regeln
- Manipulativ-ausbeuterische Beziehungsmodi
- Frustrations-, Stressintoleranz
- Angst vor negativen Emotionen

Beziehungsdynamik im Behandlungskontext



Diagnostisch-Therapeutische Implikationen

Spezifische Beziehungsdynamik in der Therapie/Beratung

- Idealisierung** - Überversorgung, Exklusivität ,Überforderung
- Entwertung** - Aggression, Resignation, Abbruch
- Nähebedürfnis** - ständige Verfügbarkeit, Ablehnung, Bedürftigkeit
- Hilflosigkeit** - Überfürsorge, Aggression, Vernachlässigung
- Unterwerfung** - Kontrolle, Verachtung, Selbstüberschätzung
- Grenzverletzung** - Kontrolle, Aggression, Sanktionierung
- Agieren** - Wut, Enttäuschung, Abbruch
(Konsum, Regelverletzung)

Strukturmodell - Institution

Mission

(Selbstbeauftragung)
g)

Regeln

(explizite und implizite)

Ideale

Über-Ich

dem Ich
verfügbar

dem Ich
verfügbar

Ich

Abläufe

dem Ich verfügbar

Es

Reaktionen

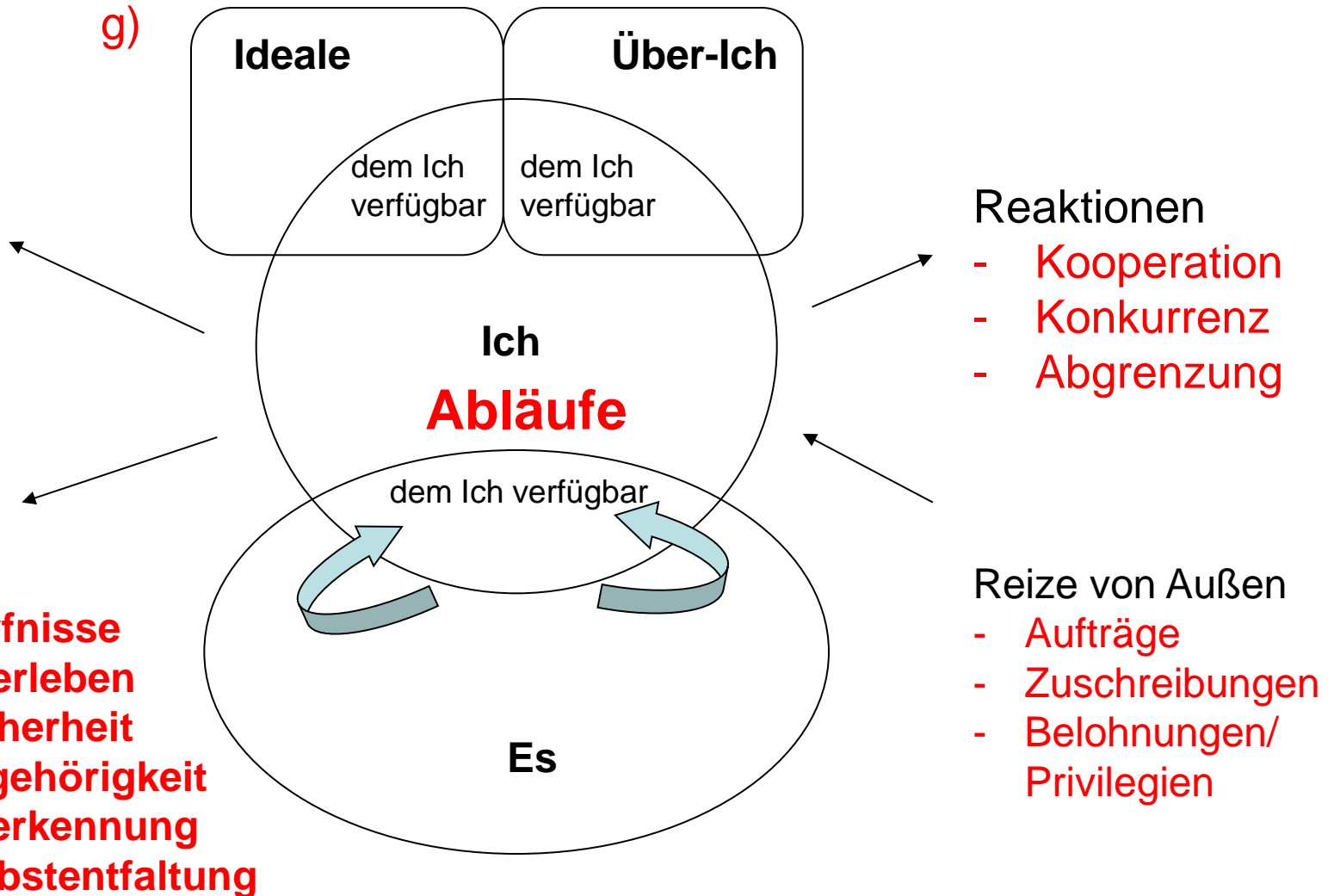
- Kooperation
- Konkurrenz
- Abgrenzung

Reize von Außen

- Aufträge
- Zuschreibungen
- Belohnungen/
Privilegien

Bedürfnisse

- Überleben
- Sicherheit
- Zugehörigkeit
- Anerkennung
- Selbstentfaltung



These

Institutionelle Gewalt entsteht durch das Ineinandewirken von

- Falschen Aufträgen (Instrumentalisierung)
- Intransparenz der Rollen und Verantwortlichkeiten
- Isolation
- Selbstreferenzialität und –überhöhung (Wahrheit)
- Verleugnung von Frustration und Angst
- Unlösbare Konflikte zwischen Ideal-Selbst und Real-Selbst
- Ohnmacht

Spannungsfelder in der Substitutionstherapie

- Rollenkonflikt Kontrolle / Behandlung
- „Abbruch“ – Dilemma bei Regelverstoß
Ausschlussgründe oder Behandlungsthemen ?
Beikonsum (Transparente Mitverschreibung von Benzodiazepinen u.a.)
Intravenöser Konsum (Konsumräume, Heroin/Morphin-Abgabe)
- Abgabemodalitäten (Apotheke oder Ambulanz), „Sicherheits“-Bedürfnisse
- Rollendiffusion Behandler – Behörde – Apotheke – Soz. vers. – Exekutive
Hauptverantwortlichkeit - Respekt
- Psychosoziale Begleitung (Welche für wen ? Wer motiviert wen ?)
- Angst vor Strafverfolgung – „Fahrlässigkeit“
- **Struktur:** Systematische Ressourcenknappheit als „Motivator“ ?
Anerkennung als chronische, komplexe und schwere Erkrankung ?

Die Helfer-Seite, Beispiel einer Verirrung

✓ Bei der Aufnahme werden Sie und Ihr mitgebrachtes Gepäck auf Suchtmittel untersucht. Zuvor **können Sie mitgebrachte Medikamente oder Drogen ohne nachteilige Folgen abgeben** (illegale Drogen werden von uns vernichtet, nicht verordnete Medikamente mit Suchtpotential geben wir an die Apotheke zurück).

Wir behalten uns **stichprobenartige Kontrollen (Anal- u. Vaginaluntersuchung)** durch den/ die Stationsarzt/ -ärztin vor.

Eine Verweigerung der **Suchtmittelkontrolle** schließt die Aufnahme auf die Station aus.

Grundprinzipien des Umgangs mit traumatisierten Menschen (Wöller 2013)

- **Sicherheit**

körperlich, sozial, therapeutische Beziehung

maximaler Kontrast zur traumatischen Situation

kein Stress durch „Mangel“ - Dynamik

- **Halt**

„Haltendes“ Beziehungsangebot – Transparenz & Konstanz

Symptomkontrolle - Selbstregulation

Anpassung an persönlichkeitspezifische Kommunikationsstile

- **Stärkung der Bewältigungskompetenz**

Alltagsbewältigung

Patienten sind Experten ihrer selbst

antiregressive Ressourcenaktivierung

Kann das die Psychiatrie/Suchthilfe leisten ?

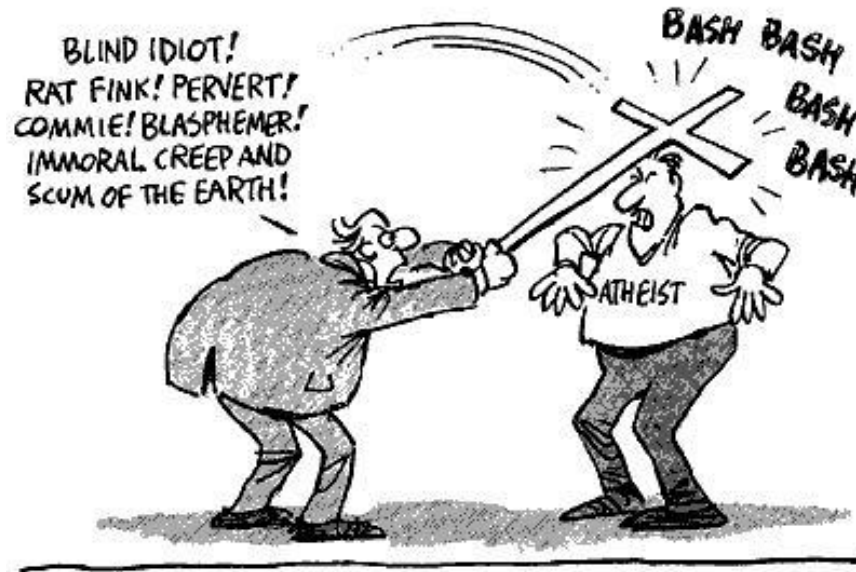
Traumatische Situation

- Bedrohung
- Kontrollverlust
- Einengung
- Missachtung basaler Bedürfnisse
- Unterlegenheit
- Verwirrung, Intransparenz
- Angst, verrückt zu sein
- Alleingelassen werden

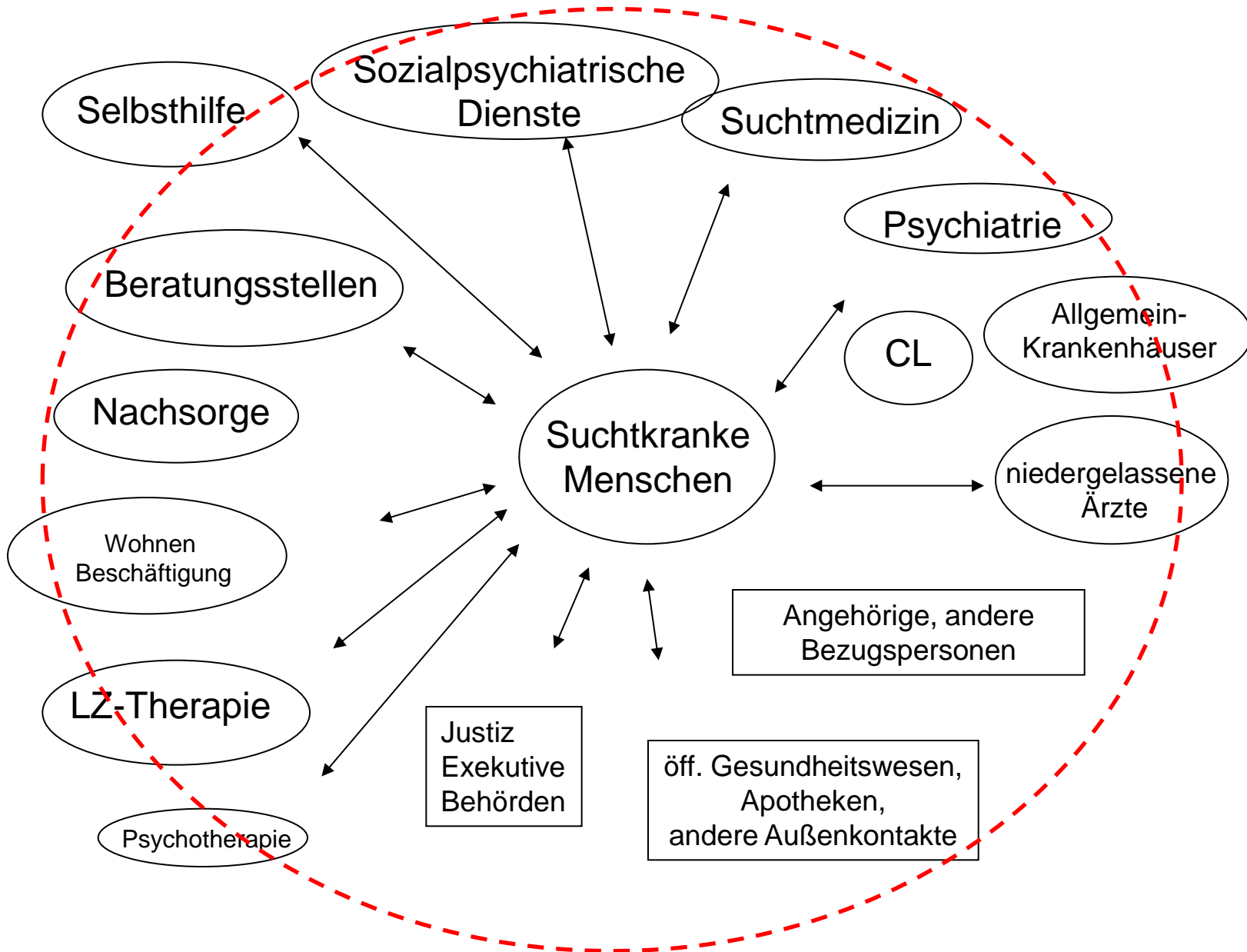
Therapeutische Situation

- Sicherheit
- Kontrolle der Situation
- Wahl-/Entscheidungsmöglichkeit
- Beantworten basaler Bedürfnisse
- Partnerschaftlichkeit
- Aufklärung, Transparenz
- Entpathologisierung
- Reale Präsenz

„Glaubenskriege“




Behandlungsnetz – Fragmente oder Kooperation ?



Selbsthilfe

AL-ANON

The 3 C's



*"I didn't cause it.
I can't control it.
I can't cure it."*

Therapeutische Grundhaltungen und Interventionsstile

Krankheitsphase	Interventions-Stil	Veränderungsschritte	Setting
Konsum	Früh-Intervention Motivierende Gesprächsführung Traumaadaptierte Verfahren	Harm-Reduction, allgemeine Stabilisierung, Information, Krankheitsbewusstsein Förderung der Behandlungsmotivation	Ambulanz, Praxis, Beratungs- stelle, Akut- Krankenhaus
Früh- Abstinenz (1-2 Jahre)	Expressiv-selektives Antworten (Heigl-Evers&Heigl 1983) auf Äußerungen und Handlungen der Pat. nach ihren Toleranzmöglichkeiten Urteilendes Antworten auf Fortschritte Übergang zu klassischen Interventionsformen, v.a. bei neurotischen und Ich- defizitären Pat.	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsmotivation • Therapeut als Ganz-Objekt wahrnehmen • Primitive Schutz- und Abwehrformen (Leugnung, Idealisierung, Entwertung, Spaltung) • Aufmerksamkeitsstärkung in Richtung habitueller Formen des Sozialverhaltens • Ich- Funktionsmängel und Kompensationen erkennen • Motivation zu langfristiger Nachentwicklung • Scham und Peinlichkeit bzgl. eigener Unzulänglichkeit • Unterstützung bei Klärung basaler sozialer Bedürfnisse 	Entzugs-, Entwöhnungs- therapie; Nachsorge
Stabile Abstinenz	Bei schwer gestörten Patienten entsprechende Techniken (TFP)	Ich-Defizite, Dysfunktionale Ersatzhandlungen, Depression, Ängste, Genuss-Unfähigkeit, Aggressionshemmung, Destruktive Re-Inszenierungen, Posttraumatische Störungen	Psycho- therapie im engeren Sinne



DON'T
DRINK
AND FLY